



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis de
los pacientes de un centro de diálisis particular**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Nefrología

AUTOR

Geraldine Liliana MORALES ROSAS

ASESOR

Mery Soledad MONTALVO LUNA

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Morales G. Nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes de un centro de diálisis particular [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : MORALES ROSAS GERALDINE LILIANA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS DE LOS PACIENTES DE UN CENTRO DE DIALISIS PARTICULAR"

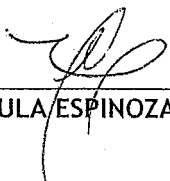
ESPECIALIDAD : ENFERMERIA EN NEFROLOGÍA

Lima, 06 de julio de 2017

Señor Doctor
JUAN MATZUMURA KASANO
Vice Decano de Investigación y Post Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

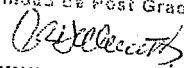
El Comité de la especialidad de **ENFERMERÍA EN NEFROLOGIA**, ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

16 (DIECISEIS)


MG. TULA ESPINOZA MORENO



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
Unidad de Post Grado


LIC. CARMEN ROSA DEL CARMEN RAMOS
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora



Mary

INDICE

Resumen	1
Summary	2
Presentacion	3
Dedicatoria	4
CAPITULO 1 INTRODUCCION	
1.1 Situacion problemática	5
1.2 Formulacion del problema	7
1.3 Justificacion	8
1.4 Objetivos	8
1.4.1 Objetivo General	8
1.4.2 Objetivo Especificos	9
CAPITULO II MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes bibliograficos	10
2.2 Bases teoricas	14
2.3. Definicion operacional de terminos	31
CAPITULO III METODOLOGIA	
3.1 Tipo y Diseño de la investigacion	32
3.2 Lugar de estudio	32
3.3 Poblacion de estudio	32
3.4 Muestra y muestreo	33
3.5 Criterio de selección	33
3.5.1 Criterios de inclusion	33
3.5.1 Criterios de exclusion	33
3.6 Tecnicas e instrumentos de recoleccion de datos	33
3.7 Procedimiento de analisis e interpretacion de datos	34
CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1 Resultados	36
4.2 Discusion	44
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	47
5.2 Recomendaciones	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA	
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS	52

INDICE DE TABLAS

N° DE GRAFICO		PAG
1	NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN PACIENTES DEL CENTRO DE DIALISIS SAN LEOPOLDO SAC LIMA -PERU 2017	36
2	NIVEL DE ADHERENCIA EN LA DIMENSION SOCIOECONOMICA EN EL CENTRO DE DIALISIS SAN LEOPOLDO SAC LIMA-PERU 2017	37
3	NIVEL DE ADHERENCIA EN LA DIMENSION ASISTENCIA SANITARIA EN EL CENTRO DE DIALISIS SAN LEOPOLDO SAC LIMA -PERU 2017	38
4	NIVEL DE ADHERENCIA EN LA DIMENSION PROCESO DE REHABILITACION FUNCIONAL EN EL CENTRO DE DIALISIS SAN LEOPOLDO SAC LIMA- PERU 2017	39
5	NIVEL DE ADHERENCIA EN LA DIMENSION ENFERMEDAD EN EL CENTRO DE DIALISIS SAN LEOPOLDO SAC LIMA PERU 2017	40
6	NIVEL DE ADHERENCIA EN LA DIMENSION SER PACIENTE EN EL CENTRO DE DIALISIS SAN LEOPOLDO SAC LIMA-PERU 2017	41

RESUMEN

AUTOR: Lic. Geraldine Liliana Morales Rosas

ASESORA: Lic. Especialista Mery Soledad Montalvo Luna

- El objetivo fue determinar el nivel de adherencia al tratamiento de la hemodiálisis de los pacientes de Centro de Diálisis Particular. **Material y Metodo.** El estudio es descriptivo con enfoque cuantitativo de diseño no experimental y corte transversal. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** El nivel de adherencia al tratamiento de la hemodiálisis de los pacientes de Centro de Diálisis Particular es satisfactorio lo que indica que el paciente está cumpliendo con el tratamiento en las diferentes dimensiones. **Conclusiones** Se Identifico que el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión de nivel socioeconómico es satisfactorio, es decir que la familia sociedad, y los propios medios de los pacientes son los adecuados para cumplir con el tratamiento de la hemodiálisis. Se Identifico que el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión del sistema sanitario es satisfactorio, puesto que el Sistema Sanitario con el que cuentan los pacientes del centro de diálisis cumple con necesidades del tratamiento de hemodiálisis. Se Identificó que el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión rehabilitación funcional es alto.

PALABRAS CLAVES Nivel de adherencia, Tratamiento de hemodiálisis

SUMMARY

AUTHOR:Lic. Geraldine Morales Rosas

ADVISER:Lic. Especialista MERY MONTALVO

The objective was to determine the level of adherence to the treatment of hemodialysis of the patients of the Private Dialysis Center. Material and method. The study is descriptive with a quantitative approach of non-experimental design and cross-section. The technique was the survey and the instrument a questionnaire, applied prior informed consent. Results. The level of adhesion to the treatment of hemodialysis of the patients of the Private Dialysis Center is satisfactory indicating that the patient is complying with the treatment in the different dimensions. Conclusions It was identified that the level of adherence to the hemodialysis treatment in the dimension of Socioeconomic level is satisfactory, ie the family society, and the patients' own means are adequate to comply with the treatment of hemodialysis It is identified that the level of adherence to hemodialysis treatment in the health system dimension is satisfactory, Since the health system that the patients of the dialysis center have met meets the needs of the hemodialysis treatment It was identified that the level of adherence to the hemodialysis treatment in the functional rehabilitation dimension is high

KEY WORDS Level of adherence, Treatment of hemodialysis

**NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE
HEMODIALISIS DE LOS PACIENTES DE UN CENTRO
DE DIALISIS PARTICULAR
LIMA PERU
2017**

DEDICATORIA:

*El presente estudio es dedicado a mis padres, y tías por su constante apoyo e
interés en mi superación profesional*

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1.-SITUACION PROBLEMÁTICA

El término adherencia es una traducción literal de la palabra inglesa “adherence” al castellano, concepto promovido por algunos grupos de apoyo y asociaciones de enfermos de VIH de EE.UU, con motivo de buscar una terminología mucho más respetuosa hacia el paciente. Con esto se busca por primera vez la participación, consenso y compromiso del paciente frente a la terapia antirretroviral. Por lo que a partir de este momento se consideró más adecuado utilizar el término “adhesión” que el de “cumplimiento”.

El número de pacientes con insuficiencia renal en diálisis o trasplante renal aumentó en America a más del doble en 15 años, llegando de 209 000 casos el año 1991 a 472 000 en el 2006. Un 13% de la población americana vive con cierto grado de enfermedad renal. En el año 2003, el costo de la enfermedad renal ascendió a 27 billones de dólares, unos 60 000 dólares anuales por paciente. En Puerto Rico, 4 000 pacientes requieren diálisis en la actualidad y más de 1000 ya han sido sometidos a una operación de trasplante renal encontrando entre este total a pacientes con una excelente adherencia al tratamiento así como pacientes que no se adhieren a este, sufriendo de complicaciones intra dialíticas (1)

Según estudios hechos por la Sociedad Peruana de Nefrología (SNP), en Lima existen al menos 450 mil personas con algún grado de mal renal. Para la SPN, en el país hay unos 3 millones de **enfermos renales**, en otras palabras, un tercio de la población peruana presenta afecciones al riñón. De ese total nacional, 30 mil estarían en el estadio 5 de la enfermedad: el nivel en el que

necesitan diálisis e incluso trasplante de riñón para seguir viviendo. Según la SPN, menos de la mitad de ese grupo de enfermos accede a diálisis según información del director del Centro Nacional de Salud Renal, de Essalud, informa que la seguridad social brinda diálisis a 9.800 enfermos renales. “El 85% de ellos se someten a hemodiálisis y el 15% a diálisis peritoneal. Además, el 60% de las diálisis de la seguridad social se hace en Lima”, (2)

Ante la situación bio psicosocial por la que cursa el paciente que ingresa al tratamiento de hemodiálisis, es importante reconocer que la adherencia al tratamiento es un proceso difícil, tanto para el paciente como para su familia, esta situación hace que la adaptación a la hemodiálisis constituya un fenómeno multifacético que envuelve una compleja interrelación entre factores relacionados con el paciente, con la familia

En el Centro de Diálisis Particular no es muy diferente a otras clínicas que trabajan con pacientes con insuficiencia renal crónica marcando su diferencia en trabajar con pacientes del Seguro Integral de Salud.

El tratamiento de la hemodiálisis consta de tres sesiones semanales de tres a 4 horas en cada sesión, restricción de líquidos y comidas, así como efectos adversos a tener durante estas sesiones como son las hipotensiones, hipertensiones, cefaleas, náuseas calambres entre otros es por tal razón que el nivel de adherencia que tengan los pacientes a esta terapia de sustitución renal es de suma importancia

Evidenciándose en el Centro de Diálisis Particular pacientes que llegan a su sesión con exceso de líquidos de 4-5 kilogramos, hiperkalemia, hipertensos, tarde a sus sesiones y manifiestan “...¿para qué venir temprano?”, “... señorita no tengo dinero para mis pasajes”, “... Si igual me voy a sentir mal, ¡siempre voy a estar enfermo!... “¿...estoy cansado de venir a mi tratamiento”

En el día a día estás son algunas de las situaciones que se vive, los profesionales de la salud tienen el deber de brindar servicios de calidad por esto es que mucho más allá de lo teórico o práctico, cabe resaltar las interrogantes o cuestionarnos el por qué de estas situaciones que agravan y complican a los pacientes en terapia de hemodiálisis. En base a ello es que se cuestiona ¿Podría ser que la situación económica resulta muy apremiante en los pacientes de hemodiálisis? ¿Podría ser que los pacientes consideran que su

vida ya se termino y no se sienten motivados a seguir adelante?, ¿cómo es el sistema de salud necesario para que el paciente se sienta acogido para el tratamiento de hemodiálisis? ¿Como la familia participa en la rehabilitación del paciente de hemodiálisis? El centro de diálisis particular tiene un programa de rehabilitación para los familiares, ¿que factores interviene para que el paciente acepte el tratamiento de hemodiálisis?, ¿Como apoya la familia en el tratamiento para que el paciente acepte el tratamiento? ¿ como el personal de salud explica o educa al paciente para que el tratamiento farmacológico y no farmacológico sea aceptado por el paciente?

Ante esta situación se ve la importancia de desarrollar la presente investigación que se formula de la siguiente manera

1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA

PREGUNTA GENERAL

- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en los pacientes de un Centro de Diálisis particular?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis según nivel socioeconómico?
- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis según del sistema sanitario?
- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis según discapacidad?
- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis según proceso de rehabilitación funcional?
- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión ser paciente?

1.3.- JUSTIFICACION

El nivel de adherencia al tratamiento es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la baja adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitario

Resulta sorprendente que, si bien todos conocemos que aproximadamente uno de cada dos pacientes crónicos no tiene una buena adherencia, en la práctica diaria no hemos integrado este hecho como causa del fracaso terapéutico, conduciendo frecuentemente a la realización de pruebas innecesarias o intensificación de tratamientos que pueden incrementar los riesgos para el paciente. Entendiéndose por adherencia al grado de aceptación del paciente al tratamiento

Siendo aun más significativas las dimensiones que se investigan, tales como nivel socioeconómico, sistema sanitario tratamiento enfermedad paciente

En tal sentido es de relevancia el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis, el cual a su vez nos sirve de manera directa para el éxito terapéutico.

1.4.- OBJETIVOS

1.4.1 .-OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de adherencia al tratamiento de la hemodiálisis de los pacientes de un Centro de Diálisis Particular.

1.4.1 .-OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis según de nivel socioeconómico.
- Identificar nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis según el sistema sanitario.
- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis según enfermedad.

- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis según proceso de rehabilitación funcional.
- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en según al ser paciente.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1.- ANTECEDENTES

En el haber encontramos muchas investigaciones que se centran en el nivel de adherencia en pacientes con enfermedad crónica la que es vista desde diferentes puntos de vista como las mencionadas a continuación

Referencias a nivel internacional:

Rodríguez López, Mérida R et al. “Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad, 2015 Cali, Colombia,”. Cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los factores relacionados con la adherencia no farmacológica en pacientes con hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM).El estudio ~~estudio~~ es observacional transversal La muestra estuvo constituida por 277 pacientes que tenían una edad promedio de 56,5 años”. Dentro de las conclusiones obtenidas:

“la adherencia no farmacológica fue muy baja en la población de estudio, en particular en relación con la inactividad física. Los factores asociados positivamente a la adherencia fueron el sexo femenino, tener una ocupación diferente al hogar, diagnostico de diabetes, enfermedad renal en KDOQI-3 y contar con apoyo del equipo de salud-”(1)

Montserrat García Silvia, “Comparación del nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedad renal (ER),

2014 España,”, cuyo objetivo es identificar la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes que ingresan en la unidad de nefrología y de los pacientes que realizan hemodiálisis en nuestra unidad. El método fue de un estudio descriptivo y observacional de 49 pacientes (autosuficientes en el manejo de su tratamiento) ingresados o que acudieron a realizar hemodiálisis en nuestro centro durante marzo y abril 2014 con el instrumento de Test de Morisky-Green, siendo sus conclusiones:

- “La edad media de los pacientes es de 57,75 años, de los que el 65,30% son hombres y el 34,70% mujeres .
- Los pacientes trasplantados nunca olvidan tomar la medicación, un 14,81% de los pacientes en diálisis afirma olvidarse en alguna ocasión y un 41,67% de los pacientes agudos no se toma la medicación con regularidad
- Además, los pacientes en diálisis y los ya trasplantados afirman tomarse la medicación a las horas pautadas mientras un 33,33% de los pacientes agudos reconocieron no hacerlo
- ~~Observamos que un 18,75% de los hombres afirman dejar de medicarse cuando esta les sienta mal, mientras las mujeres no lo hacen.~~
- También vemos que un 16,67% de los pacientes agudos y un 14,81% en hemodiálisis no se toman la medicación si les sienta mal, mientras los pacientes trasplantados no lo hacen”⁽²⁾

Huertas-Vieco, María P, “Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica, 2014, Madrid”. Su objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en HD crónica examinando, entre las posibles causas de la no adherencia, factores psicosociales como depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y apoyo social con el Estudio observacional transversal llevado a cabo en treinta y cinco pacientes con enfermedad renal crónica en HD,

evaluados mediante cuestionarios administrados por personal especializado.
En conclusión

“ Los pacientes no adherentes presentan índices de depresión significativamente más elevados que los adherentes al tratamiento farmacológico. La ansiedad, el deterioro cognitivo y el apoyo social no muestran relación estadísticamente significativa con el grado de cumplimiento”⁽³⁾

Referencias a Nivel Nacional:

Herrera-Añazco, Percy” Baja Adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal en un hospital de referencia del Ministerio de Salud”,2014,LIMA-PERU su objetivo describir la frecuencia y la percepción de las causas de falta de adherencia a diálisis en una población prevalente de un hospital público de referencia nacional en Perú con la metodología el estudio es de ~~caracter~~carácter descriptivo donde la muestra es de serie de casos en los 54 ~~pacientes mayores de 18 años con ERC5 que tenían más de un año en HD en el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional 2 de Mayo en Lima, Perú.~~ siendo sus conclusiones:

“Las principales causas de baja adherencia fueron: vivir en una residencia alejada del hospital (6/13); se siente bien y cree que no necesita diálisis (6/13); no cuenta con recursos económicos para el traslado (5/13); adolece de falta de compañía para el traslado (3/13); y, quiere ahorrar dinero del seguro de salud (1/13).”⁽⁴⁾

García valderrama Javier , colaboradores MALA ADHERENCIA A LA DIETA EN HEMODIÁLISIS: PAPEL DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS, HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA, LIMA, PERÚ. DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA. 2011 PERU , Lima con el Objetivo de Determinar si

los síntomas depresivos o ansiosos son responsables de la mala adherencia a la dieta y restricción de fluidos en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis , estudio de carácter transversal, descriptivo y de correlación entre enero y marzo de 2000; se incluyeron pacientes de tres centros de hemodiálisis de la Seguridad Social en Lima-Perú, con índice de Karnofsky > 80, sin descompensación aguda, ni abandono del tratamiento en los últimos 3 meses, : el tamaño de la muestra muestreo aleatorio simple y se obtuvo una muestra de 88 pacientes, 47 varones; edad: $55,9 \pm 15,8$ años, tiempo en hemodiálisis: $48,8 \pm 38,8$ meses., en conclusiones:

“Los síntomas depresivos y su severidad están asociados a una mayor ganancia de peso interdialítica y a un mayor nivel de potasio sérico prediálisis en pacientes con terapia crónica de hemodiálisis. La detección temprana de estos síntomas así como una intervención terapéutica temprana pueden ser de beneficio en estos pacientes-”^{”(5)}

Loza Félix, Viviana NIVEL DE INFORMACIÓN Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS EN EL HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ –ESSALUD ICA , Ica –Peru 2011 siendo su objetivo establecer la relación entre el nivel de información y adherencia terapéutica de los pacientes adultos con Enfermedad Renal Crónica hemodializados en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez –ESSALUD ica siendo un estudio de caracter descriptivo correlacional de corte transversal de enfoque cuantitativo, la población estuvo constituida por 75 pacientes que reciben hemodiálisis. el estudio concluye:

“La edad promedio de los pacientes fue de 60,5 años, existiendo mayor número de mujeres 53%(40 pacientes), el estado civil casado 45%(34 pacientes); siempre cuentan con apoyo familiar 61%(46) teniendo como grado de instrucción secundaria 69%(52). El nivel de informaciónsobre su terapia fue media alcanzando 53%(40) y la adherencia terapéutica es mala 56%(42),destacándose en el

tratamiento hemodialítico, alimentación y controles
médicos”(6)

2.2.- BASE TEORICA

A.-PROBLEMÁTICA DE LA ENFERMEDAD RENAL

En los últimos años el aumento de las enfermedades renales han contribuido a generar una serie de cambios en el estado y calidad de vida del paciente sometido a tratamientos, teniendo en cuenta que los riñones son dos órganos con forma de frijoles, aproximadamente del tamaño del puño de una mano, ubicados cerca de la línea media de la espalda, justo debajo de la caja que conforman las costillas. Dentro de cada riñón hay aproximadamente un millón de estructuras diminutas, llamadas nefrones, que filtran la sangre. Estos, eliminan los productos de desecho y el exceso de agua, que se transforma en orina. La orina fluye a través de unos tubos llamados uréteres hacia la vejiga, donde se almacena la orina hasta la micción.

La nefrología es la rama de la medicina interna que trata del estudio de la función y las enfermedades del riñón. La mayoría de las enfermedades que afectan el riñón no se limitan al propio órgano, sino que son desórdenes sistémicos. La nefrología se relaciona con el diagnóstico de las enfermedades del riñón y su tratamiento (medicamento, diálisis) y el seguimiento de los pacientes de trasplante renal. La mayoría de las condiciones renales son crónicas(3).

B.- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

En el año 2002 la NationalKidneyFoundation de Estados Unidos en las guías K/DOQI definió a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m². La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que

frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir. Cuando la velocidad de filtración glomerular es inferior a 15 ml/min, ocurre su último estadio que se trata de la enfermedad renal en estadio terminal (ERET); en esta fase el tratamiento renal es sustitutivo, necesitándose diálisis o trasplante para la supervivencia del paciente. Una persona puede sobrevivir sin necesidad de diálisis incluso tras haber perdido más del 90% de las nefronas. Debido a la falta de alteraciones notables el sujeto puede atravesar diversos estadios de la IRC sin saberlo.(4)

B.a1.-Manifestaciones Clínicas

Un riñón con una TFG normal filtra una gran cantidad de sodio, el cual es reabsorbido en su mayoría, excretándose en orina menos del 1% de la fracción filtrada. Conforme disminuye la función renal, se presentan alteraciones del balance hidroelectrolítico que se traducen en retención de sal, disminución de la capacidad de concentrar la orina y posteriormente se ve afectada la capacidad de excretar agua en orina, disminuyendo el volumen urinario diario y reteniéndose agua, lo que lleva a edema manifestado por aumento de peso e incluso insuficiencia cardíaca y edema pulmonar.

La hipertensión arterial es la complicación más común de la IRC en presencia de uremia, siendo el aumento del volumen corporal su causa principal. Por sí misma, la hipertensión causa más daño renal, cayendo en un círculo vicioso que perpetúa el deterioro de la función renal. Un alto porcentaje de pacientes con IRC desarrollan hipertrofia del ventrículo izquierdo y cardiomiopatía dilatada

La disminución en la síntesis de eritropoyetina ocasiona anemia, que por lo general se observa cuando la TFG disminuye a menos de 30ml/min/1.73m². La anemia ocasiona un aumento del gasto cardíaco, hipertrofia y dilatación de las cavidades cardíacas, angina, insuficiencia cardíaca, disminución de la concentración y agilidad mental, alteración del ciclo menstrual y del estado inmunológico.

La uremia produce disfunción plaquetaria manifestada como diátesis hemorrágica. Los pacientes de IRC también presentan acidosis, hiperglucemia,

malnutrición y aumento de la osmolaridad sérica. Otra de las complicaciones de la uremia es una leve intolerancia a carbohidratos. En las mujeres con IRC es común la amenorrea y la incapacidad de llevar un embarazo a término. Una vez que la TFG disminuye a menos de 20 ml/min/1.73 m², se presentan síntomas como anorexia, hipo, náusea, vómito y pérdida de peso que son los síntomas más tempranos de la uremia. Los pacientes presentan aliento urémico debido al desdoblamiento del amonio en la saliva, que se asocia a sabor metálico.

Los pacientes con IRC cursan con síntomas tempranos de disfunción del sistema nervioso central causados por la uremia como dificultad para concentrarse, somnolencia e insomnio. Posteriormente se presentan cambios de comportamiento, pérdida de la memoria y errores de juicio, que pueden asociarse con irritabilidad neuromuscular como hipo, calambres y fasciculaciones. En el estado urémico terminal es común observar asterixis, clonus y corea, así como estupor, convulsiones y finalmente coma. La neuropatía periférica ocurre con frecuencia afectando más los nervios sensitivos de las extremidades inferiores en las porciones distales. Su presencia es una indicación firme de iniciar TRR. Una de las manifestaciones más comunes es el síndrome de piernas inquietas. Si la diálisis no se instituye en cuanto aparecen las alteraciones sensitivas, progresa a anomalías motoras con pérdida de los reflejos osteomusculares, debilidad, parálisis del nervio peroneo, que se aprecia como pie caído y finalmente cuadriplegia flácida.

Algunas etiologías de la IRC, en particular la nefropatía diabética, alteran severamente los mecanismos de secreción de potasio en la nefrona, permitiendo el desarrollo de hiperkalemia. Se debe mantener un balance adecuado de potasio ya que su efecto en la función cardíaca puede ocasionar arritmias y resultar en un paro cardíaco. Por lo general no se observa hiperkalemia clínicamente significativa hasta que la TFG cae por debajo de 10 ml/min/1.73 m² o paciente recibe una carga adicional de potasio.

Los riñones juegan un papel fundamental en la regulación del equilibrio ácido base en el organismo. En las etapas avanzadas de la enfermedad renal es común la acidosis debido a que disminuye la capacidad de excretar

hidrogeniones en forma de amonio, causando un balance positivo de ácido en el organismo. En un inicio los pacientes presentan acidosis de brecha aniónica normal, sin embargo, conforme progresa la enfermedad renal aumenta la brecha aniónica con una disminución recíproca del bicarbonato en sangre. En la mayoría de los pacientes se observa una acidosis leve, por lo general con pH superior a 7.3, sin embargo pueden presentarse manifestaciones severas de un desequilibrio ácido base cuando el paciente se expone a un exceso de ácido o pérdidas alcalinas, como ocurre en la diarrea. Los riñones y el hueso son importantes reguladores del metabolismo del calcio y del fósforo. Al deteriorarse la función renal, disminuye la síntesis de vitamina D, baja el nivel de calcio y aumenta el de fosfato.

La hiperfosfatemia se presenta en estadios avanzados de la insuficiencia renal, en pacientes con TFG menor a 20 ml/min/1.73m², siendo esta una de las principales causas de hiperparatiroidismo en los pacientes con IRC. El exceso de fosfato disminuye la síntesis de vitamina D activa y esto a su vez resulta en una caída del nivel sérico de calcio, que es el estímulo principal para la secreción de paratohormona (PTH).

En aproximadamente 35% y 90% de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal existe evidencia de alteraciones óseas a nivel radiológico e histológico, respectivamente, a pesar de que menos del 10% presentan síntomas clínicos de enfermedad ósea antes de requerir diálisis. En los pacientes con enfermedad renal crónica se observan principalmente dos tipos de trastornos óseos, que se reflejan como fragilidad ósea: la osteítis fibrosa quística y la osteomalacia que progresa a enfermedad ósea adinámica.

Las manifestaciones dermatológicas de la uremia incluyen palidez, equimosis y hematomas, mucosas deshidratadas, prurito y excoriaciones. Comúnmente se observa una coloración amarillenta resultado de la anemia y la retención de pigmentos metabólicos. Algunos pacientes presentan una coloración grisácea a broncea debido a la acumulación de hierro secundaria a repetidas transfusiones, aunque se ve menos con la administración de eritropoyetina. En

estados avanzados, la cantidad de urea presente en el sudor es tan alta que se precipita en forma de un fino polvo blanquecino conocido como escarcha urémica.

En la IRC hay una pérdida gradual de la función renal de modo que en las etapas tempranas con frecuencia los pacientes están asintomáticos y puede no detectarse la enfermedad hasta que el daño renal es muy severo. El daño renal puede diagnosticarse directamente al observar alteraciones histológicas en la biopsia renal, o bien indirectamente por albuminuria o proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en las pruebas de imagen. Debido a que la TFG disminuye con la edad, la prevalencia de la enfermedad renal crónica aumenta con la edad y se estima que aproximadamente el 17% de las personas mayores de 60 años tienen una TFG menor a 60ml/min/1.73m².

B.b2.-Terapia de Reemplazo Renal

Las opciones de TRR para los pacientes en IRCT son el trasplante renal, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal con sus diferentes modalidades. El objetivo de la terapia dialítica es la extracción de moléculas de bajo y alto peso molecular y exceso de líquido de la sangre que normalmente se eliminarían por vía renal y la regulación del medio intra y extracelular(5).

- Hemodiálisis

La hemodiálisis consiste en utilizar un circuito extracorpóreo para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido. Los tres componentes principales de la diálisis son: el dializador, el sistema de transporte y la composición del líquido de diálisis. La sangre se pone en contacto con el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable. El movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración.

La difusión es el principal mecanismo por el cual se eliminan moléculas y depende de la diferencia entre la concentración plasmática y del líquido de diálisis, el área de superficie de la membrana semipermeable y el coeficiente de difusión de la membrana. El tamaño y la carga de la molécula influyen

directamente en su paso por la membrana semipermeable. Mientras menor sea el peso molecular de una sustancia, su gradiente de difusión por la membrana aumenta. La convección permite la eliminación de solutos siguiendo el flujo del líquido. La ultrafiltración se refiere a la eliminación de agua libre debido a la aplicación de una presión hidrostática negativa, que puede ser manipulada dependiendo del exceso de volumen que se desea eliminar.

La hemodiálisis requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre. Existen diferentes tipos de acceso: la fístula arteriovenosa (FAV), el injerto y el catéter central. La FAV es una anastomosis que se realiza entre una arteria y una vena. Las más utilizadas son las fístulas radiocefálica, braquiocefálica y braquiobasílica.

Cuando no es posible realizar una FAV se utiliza un injerto para establecer una conexión entre una arteria y una vena. Los injertos tienen la ventaja de poder ser utilizados semanas después de su colocación y son relativamente fáciles de canular (6).

Cuando se requiere de hemodiálisis con urgencia, cuando ocurrió fracaso del primer acceso o cuando hubo remisión tardía del paciente al nefrólogo se utiliza el catéter venoso central, que no es el más adecuado por su alto índice de complicaciones, siendo la bacteremia la más importante.

En la IRC la hemodiálisis debe ser iniciada el momento en el que todavía hay función renal residual suficiente como para que no haya una uremia manifiesta. Actualmente las técnicas de hemodiálisis siguiendo un régimen de 4 horas 3 veces por semana, solamente alcanzan una depuración equivalente a 20 ml/min en un individuo de 70 kg. La prescripción de la modalidad de hemodiálisis debe realizarse en función de las características del paciente. Gotch y Sargent (7) propusieron utilizar el parámetro Kt/V , donde K es depuración de urea, t duración de la sesión de diálisis, y V volumen de distribución de la urea, observando que un $Kt/V > 0.8$ se asociaba a una mejor evolución clínica.

La hipotensión es la complicación más frecuente de diálisis, presentándose en un 20 a 50% de las sesiones de diálisis. La hipotensión intradialítica se asocia

con una mayor morbilidad y mortalidad. Los calambres musculares son la segunda complicación más frecuente, ocurre en 20% de las sesiones y se asocia a tasas altas de ultrafiltración. A la constelación de síntomas sistémicos y neurológicos se les refiere como síndrome de desequilibrio dialítico. Este síndrome incluye síntomas no específicos como náusea, vómito, cefalea, fatiga, inquietud e incluso convulsiones, coma y arritmias. El riesgo de muerte durante una sesión de hemodiálisis es de 1 en 75,000.

C. ADHERENCIA

Encontrar una definición precisa de adherencia terapéutica ha sido motivo de discusión entre los académicos que conocen del tema. Existen diversas formas de denominar el grado en que un paciente asume con responsabilidad las prescripciones hechas por los profesionales de salud. Un término usado es conformidad o en inglés "Compliance", que para investigadores es un término negativo que deriva de la complacencia y sumisión, pero se define como la "conformidad de los pacientes para someterse a las prescripciones de los médicos y tomar sus medicamento". Otro término es concordancia o en inglés "Concordance", lo que significa el acuerdo y la armonía. El término de concordancia visualiza al paciente como un tomador de decisiones (8). Por último, el término que utilizaremos para el desarrollo de esta investigación, adherencia o en inglés "adherence", que es un término más aceptado por la comunidad internacional y se define como —la medida en que la conducta de una persona (consumo de medicamentos y cambios en el estilo de vida) coincide con los consejos del personal de salud(9) .

Así como también otros autores definen a la "adherencia terapéutica, como las actitudes, estilo de vida y comportamientos propios de la persona que favorecen que el cumplimiento terapéutico se lleve a cabo y/o sea mejor (10). La adherencia incorrecta incluye aspectos como la omisión de tomas, reducción de la dosis prescrita, no respetar los intervalos o frecuencias de administración correctas y no ajustarse a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias.

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, pero quizás la

ya clásica definición de Haynes u Sackett sea mas completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su medico; siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones (11)

Mion Junios (1994), define la adherencia (termino anglosajón) al tratamiento como la medida del grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y la prescripción del profesional de salud, que incluye medidas farmacológicas o no. El mismo autor hace que mas medidas farmacológicas o no. Este mismo autor hace referencia a la importancia del conocimiento del tratamiento por parte de quien padece la enfermedad (12)

Existen otras variables que afectan el cumplimiento del tratamiento como (13)

- Las relacionadas con el paciente; edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico, clase funcional, creencias, percepciones y expectativas del paciente, creencia generales o motivación para la salud , gravedad percibida en cuanto a las posibles consecuencias con la enfermedad, creencias relacionadas con la vulnerabilidad percibida, autosuficiencia percibida , creencias que se relacionan con le beneficio que se obtendrá con la adherencia al tratamiento, deterioro sensorial, deterioro cognitivo y estados alterados de animo, percepción de los síntomas y otros.
- Las relacionadas con la enfermedad; gravedad ,sintomatología, grado de incapacitación, duración de la enfermedad , antecedentes personales de la enfermedad, antecedentes de hospitalización ,
- Las relacionadas con el régimen terapéutico ; la complejidad de las pautas terapéuticas, costos , efectos secundarios y duración del tratamiento
- Las relacionadas con la estructura de salud; accesibilidad al sistema, tiempos de espera, concertación de citas

- Las relaciones con la comunidad ; implicación de la familia conocimiento generales de salud, conflicto entre esta y la conducta que se debe de seguir.

1.CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADAS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EDAD no hay unificación respecto a la edad de mayor riesgo para abandono (14) encontraron que por cada año mas que la persona tenia, su adherencia al tratamiento mejoraba.(15) encontraron que los pacientes con edades extremas (menores de 15 años y mayores de 54 años) tenían mejores tasas de adherencia que los de edad intermedia (84% frente a 63%) mientras que (16), encontró menor adherencia en mayores de 35 años

Otros estudios (17) sostienen que el anciano con limitaciones de algún tipo, tienen mayor riesgo de abandono,. Esta divergencia de hallazgos sustenta la necesidad de mayor investigación y estandarización de los rangos de edad para conocer la situación en cada comunidad para poder comparar los estudios realizados.

SEXO La literatura apoya la premisa que los hombres tienden a abandonar mas que las mujeres ,(18) estudiaron que los hombres abandonan 1.5 veces mas que las mujeres, en otro estudio realizado en Ghana, se encontró que las mujeres además de tener la mejor adherencia, también representaban las mejores tasa de curación (19).

ESTRATO SOCIOECONOMICO vivir en un estrato bajo suele ser descrito como factor de riesgo par abandono. Un estudio encontró que el 79% de los pacientes que abandonaron el tratamiento procedían de un estrato bajo(20). Otro informe que quienes Vivian en área rural y suburbana abandonaban dos veces, a que quienes vivían en el área urbana

Nivel educativo a menor nivel educativo mayor Probabilidad de abandono, esto explicado principalmente porque a menor nivel educativo se hace más difícil la comunicación con el personal de salud como con la familia (21). En Barcelona encontraron que los pacientes analfabetas tenían un mayor riesgo de abandonar el tratamiento que aquellos con algún grado de escolaridad (22)

ESTRATO CIVIL O MARITAL estudios señalan que los pacientes solteros tienen la mitad de riesgo de abandono (6.1%) comparado con los casados (12.6%) mientras que los viudos, separados o divorciados tienen un 14.3%. El estado civil casado y la convivencia con su familia como un componente del apoyo familiar que se brinda al paciente es un factor que conlleva mejor al tratamiento (23) es el caso de un estudio chileno donde las proporciones de abandono en los individuos casados fue de 4.2% comparada con un 12.5 % para viudos y 16.9% para solteros (24)

2. MÉTODOS UTILIZADOS PARA MEDIR ADHERENCIA

La adherencia es un proceso dinámico, que cambia junto con el paciente y que está influida por factores como el paso del tiempo, la evolución de la enfermedad, los esquemas farmacológicos y la situación psicosocial del paciente. Es por ello que un paciente puede pasar de ser adherente a no adherente y viceversa, varias veces, durante un mismo tratamiento. Junto con ser dinámica, es individual, lo que significa que depende de las creencias, las actitudes, las atribuciones, el locus de control y las representaciones mentales sobre la enfermedad que cada paciente tenga, junto con la relación con el tratante, la red de apoyo y el tratamiento (25).

El medir la adherencia es uno de los problemas más importantes dentro de la investigación y la práctica clínica. Teniendo en cuenta lo anterior, ha de entenderse que al medirla sólo se obtendrán resultados acotados a un espacio-tiempo, por lo que para realizar un estudio completo del comportamiento de la adherencia en un mismo paciente, resulta necesario realizar varias mediciones a lo largo de su tratamiento.

Existen dos métodos para medir adherencia: directos e indirectos (26)

Los métodos directos consisten en la determinación de concentraciones del fármaco presentes en los líquidos orgánicos como plasma, saliva u orina. Si bien es uno de los métodos más fiables, se ve influido por la variabilidad interindividual en el comportamiento del fármaco y por las posibles interacciones medicamentosas. Asimismo, el encontrar valores correctos del fármaco en el plasma el día de extracción de la muestra no garantiza que el

cumplimiento con el tratamiento sea continuo, ya que sólo dan cuenta de la adherencia en un momento en particular y no de su comportamiento a lo largo del historial

clínico del paciente. Además resulta costoso, difícil de aplicar rutinariamente e invasivo.

En cuanto a los métodos indirectos, son menos fiables para pacientes adherentes, pero más confiables en no adherentes. Aunque la valoración final se ve influida por diversas variables, tienen la ventaja de ser más sencillos y menos costosos. Dentro de los métodos indirectos encontramos el informe del propio paciente u otras personas (familiares, enfermeras y médicos), el control del efecto terapéutico, la evaluación de los efectos

secundarios, el recuento de comprimidos sobrantes, la asistencia a los controles y 24 cuestionarios o test que permitan valorar calidad de vida y percepción de enfermedad (Morinsky-Green, Hermes, Haynes-Sacket, IPQ-r, entre otros), entre otros métodos.

3.ADHERENCIA Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

Para la OMS (2004) las enfermedades crónicas son aquellas que perduran por un período superior a 6 meses y que generalmente tienen un curso de progresión lento. Muchos de los pacientes que padecen enfermedades crónicas han de estar incluso de por vida bajo el alero de algún tratamiento. El olvido, el cansancio, los efectos secundarios, el coste tanto directo como indirecto e intangible, el cambio en la calidad de vida, el estigma y una serie de factores, que no sólo tienen que ver con los síntomas de la enfermedad, inciden en la adherencia de pacientes crónicos al tratamiento. El cumplimiento del paciente o su conformidad con una serie de recomendaciones conlleva una participación pasiva por su parte y se refiere a decisiones que afectan a sus hábitos y estilo de vida. De acuerdo a la OMS (2004), dentro de las enfermedades crónicas, los pacientes con epilepsia son quienes más adhieren al tratamiento. De acuerdo al Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica (2008), se estima que alrededor de 50 millones de personas en el mundo, de

las cuales cerca de 5 millones viven en Latinoamérica y el Caribe, la padecen. Algunos de los factores que podrían influir en el desarrollo de la enfermedad son la desnutrición, infecciones al sistema nervioso central, y complicaciones en el embarazo, parto y accidentes.(29)

Los pacientes tienden a menudo a subestimar la adhesión debido a la vergüenza, olvido, miedo o rechazo. Es por ello que la aceptación del diagnóstico resulta fundamental, debido a la existencia de poderosas creencias en salud científicamente erróneas, las que pueden tener varios orígenes, que incluyen las normas culturales, creencias de los padres antes de experimentar una enfermedad, falta de interpretación de información correcta y la aceptación de información errónea de fuentes no médicas, siendo el modelo de creencias del paciente, uno de los que más interfiere con respecto a sus decisiones sobre cooperar o no con los planes del tratamiento(30)

C.a.1.-Dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica es concebida como un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco de factores, llamados —dimensionesll en el informe de la OMS. No se han reportado estudios que detallen factores informados por dimensiones para enfermedades

- Nivel socioeconómicos

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia o de los hijos

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares

acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar. En el documento oficial de la OMS se detallan factores informados por dimensiones para enfermedades como; asma, cáncer, depresión, diabetes, epilepsia, VIH/SIDA, hipertensión, tabaquismo, tuberculosis. (27)

Las variables de organización (tiempo pasado con el médico, continuidad de la atención por el médico, estilo de comunicación del médico y estilo interpersonal del médico) son mucho más importantes que las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, edad, nivel educativo y estado de salud) para afectar la adherencia terapéutica de los pacientes.

La raza constituye un factor predictivo de la adherencia terapéutica, independientemente de si los miembros de una raza particular viven en su país de origen. A menudo, las creencias culturales son la razón subyacente de estas diferencias raciales, pero, no con menos frecuencia, las desigualdades sociales confunden estos resultados. Por ejemplo, en el Reino Unido, se ha detectado que los africanos negros seropositivos al VIH tienen una experiencia del tratamiento diferente debido al temor de que se experimente con ellos, desconfianza de la profesión médica y temor por la discriminación.

La edad es un factor que influye sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular. Debe hacerse una evaluación por separado para cada afección, y, si fuera posible, por las características del paciente y por el grupo de edad de desarrollo. La adherencia al tratamiento por los niños y adolescentes comprende de 43 a 100%, con un promedio de 58% en los países desarrollados. Estudios demuestran que los adolescentes se adhieren menos al tratamiento que los niños más pequeños.

Proveer información a las familias sobre la formación de una sociedad entre el progenitor y el adolescente es de considerable importancia para promover la adherencia al tratamiento en este grupo de edad. Las campañas educativas que se centran en las actitudes de los adolescentes hacia su enfermedad y su manejo, en vez de hacerlo predominantemente en la adquisición de conocimiento, pueden ser beneficiosas.

Los ancianos representan 6,4% de la población mundial y su número crece a razón de 800 000 individuos todos los meses. En muchos países en desarrollo, se han convertido en el sector de crecimiento más rápido de la población. Esta

transición demográfica ha conducido a una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas que son particularmente comunes en los ancianos. Estas son: la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, la depresión, la diabetes, la insuficiencia cardíaca congestiva, la coronariopatía, el glaucoma, la artrosis, la osteoporosis y otras.

Muchos pacientes ancianos se presentan con múltiples enfermedades crónicas, que requieren tratamiento prolongado y complejo para prevenir la debilidad y la discapacidad, además de ser la población que consume más

medicamentos con prescripción. En los países desarrollados, las personas mayores de 60 años consumen aproximadamente 50% de todos los medicamentos recetados y explican 60% de los costos relacionados con la medicación, aunque solo representen 12 a 18% de la población en estos países. La adherencia a los tratamientos es esencial para el bienestar de los pacientes ancianos y es, por lo tanto, un componente sumamente importante de la atención. En los ancianos se ha detectado que no adherirse a las recomendaciones y el tratamiento médico aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico y de causar complicaciones innecesarias, lo que conduce a mayor gasto en atención sanitaria, así como a discapacidad y muerte prematura.

La adherencia deficiente a los regímenes prescritos afecta a todos los grupos de edad. Sin embargo, la prevalencia de deficiencias cognitivas y funcionales en los pacientes ancianos aumenta su riesgo de adherencia deficiente. Las múltiples comorbilidades y los regímenes médicos complejos comprometen adicionalmente la adherencia terapéutica. Las alteraciones relacionadas con la edad en la farmacocinética y la farmacodinamia hacen que esta población sea aún más vulnerable a los problemas secundarios a la falta de adherencia.

- Sistema de asistencia sanitaria

Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud

poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

- Según Enfermedad

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. La comorbilidad, como la depresión y el abuso de drogas y alcohol, son modificadores importantes del comportamiento de adherencia.

- Según proceso de rehabilitación funcional

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

- Según ser paciente

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia. Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento, asesoramiento, a las clases motivacionales, comportamentales o de psicoterapia; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

Las percepciones sobre la necesidad personal de medicación son influidas por los síntomas, las expectativas y las experiencias, y por los conocimientos de la enfermedad. Las inquietudes por la medicación surgen de manera

característica de las creencias acerca de los efectos colaterales y la interrupción del modo de vida, y de preocupaciones más abstractas sobre los efectos a largo plazo y la dependencia. Se relacionan con las perspectivas negativas acerca de los medicamentos en su totalidad y las sospechas de que los médicos los prescriben en exceso, así como a una “visión del mundo” más amplia caracterizada por las sospechas de sustancias químicas en los alimentos y el ambiente y de la ciencia, la medicina y la tecnología. (28)

La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y por el grado de confianza en poder seguirlo. Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento comportamental que deben abordarse concurrentemente con las biomédicas si se busca mejorar la adherencia general.

El incumplimiento terapéutico o no adherencia terapéutica es especialmente frecuente en las enfermedades crónicas. Se estima que la falta de adherencia en pacientes con enfermedades crónicas llega al 45%, cifra que puede aumentar cuando el tratamiento implica cambio de hábitos y estilos de vida . En el caso concreto de los pacientes en hemodiálisis, pacientes crónicos que deben someterse a un tratamiento muy demandante y complejo, que implica restricción de líquidos, restricciones dietéticas, toma de varios fármacos y la asistencia a las sesiones de diálisis al hospital o centro extrahospitalario tres veces por semana o más, la restricción de líquidos constituye uno de los aspectos más difíciles de cumplir para estos pacientes

Dada la dificultad de cuantificar la adherencia al tratamiento en pacientes en hemodiálisis, esta se ha medido tradicionalmente mediante medidas objetivas tales como la ganancia de peso interdialítico, valores de laboratorio, sesiones de diálisis perdidas. En los últimos años se han propuesto diversos métodos para medir la adherencia al tratamiento y aquellos basados en el autoinforme del paciente son los que están mejor validados.

El comportamiento de no adhesión es un fenómeno muy complejo, y no suficientemente estudiado. No obstante, existe suficiente evidencia con

respecto a que el apoyo familiar y social es un determinante de la percepción de la calidad de vida que incide en la adhesión al tratamiento. Las investigaciones revisadas han identificado algunas variables que se relacionan con escasa adhesión al tratamiento, estas la inasistencia a las sesiones de hemodiálisis, la presión alta al ingreso de la diálisis peso inter dialisis

Los aspectos cognitivos y emocionales también han demostrado cierta relación con el comportamiento de adhesión; percepción de calidad de vida el tiempo de la enfermedad la edad y el sexo. Las variables emocionales se encuentran estrechamente asociadas con la relación que se establece entre el personal asistencial y los pacientes sometidos a hemodiálisis, lo cual es un factor que puede afectar el cumplimiento a prescripciones médicas

D.- DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Nivel de Adherencia: grado en que un paciente asume con responsabilidad las prescripciones hechas por los profesionales de salud

Terapia de Hemodiálisis: Es el procedimiento que consiste en extraer sangre del organismo y pasarla a través de un sistema extracorpóreo para su depuración de toxinas

Pacientes del Centro de Diálisis: pacientes ambulatorios femeninos y masculinos que se encuentran en terapia de sustitución renal,(hemodiálisis), que vienen con accesos venosos como fistula arterio venosa , injertos, catéter venosos central temporal- permanente

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1.- TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El estudio fue de nivel aplicativo ya que partió de la realidad tipo cuantitativo ,método descriptivo de corte transversal el cual ha permitido presentar los datos obtenidos en un tiempo y espacio determinado

3.2.- LUGAR DE ESTUDIO

Centro de diálisis san Leopoldo SAC brinda servicios de tratamiento de hemodiálisis a pacientes con enfermedad renal crónica la sala cuenta con maquinas freseniun en tres módulos de 5 maquinas cada uno, con una máquina para pacientes positivos así como maquina de soporte y 2 maquinas en el área de cebado, la mencionada trabaja con pacientes del seguro integral de salud bajo contrato con FISAL en el que se estipula el no reusó, por lo que se trabaja con filtros para descarte.

Atiende en promedio por una secuencia 75 pacientes, siendo un total de 150 pacientes a los que se les brinda el tratamiento de hemodiálisis

3.3.-POBLACION DE ESTUDIO

40 Pacientes usuarios de la terapia de hemodiálisis, no se requiere muestra por que la población es menor a 100.

3.4.- UNIDAD DE ANALISIS

Estará constituido por cada paciente en terapia de hemodiálisis del Centro De Diálisis San Leopoldo SAC

3.5.-MUESTRA Y MUESTRO

Se tomará a toda la población en tratamiento de hemodiálisis del Centro De Diálisis San Leopoldo SAC que cuenta con una población de 40 pacientes, la población es pequeña solo consta de 40 pacientes,. Por consiguiente se ha visto por conveniencia utilizar muestreo no probabilístico por conveniencia por población menor a 100.

3.6.-CRITERIOS DE SELECCIÓN

~~3.6.1~~A.-CRITERIOS DE INCLUSION

- Usuarios en Programa de Hemodiálisis del Centro de Diálisis San Leopoldo SAC
- Paciente que tienen de 1 a 3 años de tratamiento
- Usuarios que acepte participar en el estudio.
- Pacientes adultos joven y adultos maduros

~~3.6.2~~B.- CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes adultos que no acepten de forma voluntaria participar en el estudio
- Pacientes adulto con algún impedimento físico o mental:sordos,mudos,síndrome de Down, psiquiátricos entre otros

3.7.-TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Técnica que se utilizo para la recolección de datos es la encuesta y el instrumento el cuestionario elaborado el SMAN 0.0 el que tiene un valor de alfa de Cronbach, de 0,835 lo que demuestra una buena consistencia interna o validez longitudinal

El instrumento usado fue sometido a juicio de expertos (Anexo B) para determinar la validez y confiabilidad estadística mediante el coeficiente alfa de cronbach (Anexo B)

El instrumento para medir la variable Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal está constituida por 23 ítems agrupados en: Factores Socioeconómicos (5 ítems), Factores relacionados con el paciente (4 ítems), Factores relacionados con la terapia (6 ítems) y Factores relacionados con el proveedor del sistema y equipo de salud (8 ítems) que miden el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis del Centro de Diálisis San Leopoldo sSAC a través de una escala tipo likert (1) Nunca, (2) Casi Nunca, (3) A veces (4) Casi Siempre, (5) Siempre

Para la evaluación del nivel de presencia de factores asociados a la adherencia se establece los siguientes puntajes: Nula (0-4%), Buena (5-25%), Mediana (26-50%), Satisfactorio (51-64%), Alta (95-100%) en base a una fórmula

$$X = \frac{(\sum \text{ítems} - 20) \times 100}{80}$$

3.8.- Procesamiento para análisis e interpretación de la información

Para la recolección de datos se solicitó la autorización pertinente a la dirección general del Centro de Diálisis Euqor Company con el fin de acceder a los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal del servicio de nefrología.

Se procedió a la recolección de datos por medio de la identificación de los pacientes en el servicio de nefrología según los criterios de selección, allí se les dio a conocer de manera verbal y escrita el propósito, beneficios y riesgos del estudio por medio del consentimiento informado

(Anexo ...). Una vez los pacientes autorizaron el consentimiento informado, se procedió a la aplicación de un instrumento denominado “Nivel de Adherencia a la Terapia de Hemodiálisis” este instrumento fue diligenciado por el investigador en un tiempo promedio de 15 minutos

Los resultados de la investigación serán procesados a través de Microsoft Excel 2010 para la elaboración de tablas y gráficos

Se tomará en cuenta frecuencias y porcentajes de cada dimensión por variable y de manera global de acuerdo a los puntajes registrados; en tanto que para el informe final de la tesis se procesará en Microsoft Word 2010

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A.-RESULTADOS

Luego de realizada la recolección, los datos fueron tabulados manualmente y se almacenaron en una base de datos EXCEL siendo procesados, los resultados se presentan en tablas para su respectivo análisis e interpretación que se exponen a continuación:

ASPECTOS GENERALES

- En relación a los datos generales, específicamente a la edad de los 24(100%) de pacientes que integraron la muestra,1(4.2%)tiene entre18-20, 3(12,5%) tiene entre 21-40 años,14(58.3%)tiene entre 41-60,6(25%)tiene entre 61-80 (Anexo F)
- Con respecto al sexo ,9(37.5%) son del genero masculino,15(62.5%) son del genero femenino (Anexo F)
- En cuanto al nivel de instrucción,4(16.7%)tiene estudios de primaria,13(54.2%) tiene estudios de secundaria,7(29.2%) tiene estudios universitarios.(Anexo F)
- En relación a la ocupación,14(58.3%)se encuentra activo,2(8.3%) se encuentra jubilado,6 (25%) se encuentra en invalidez,2(8.3%) se encuentra en paro (Anexo F)
- Acerca del estado civil, 5(20.8) son solteros,13(54.2%) son casados,6(25%) son separados (Anexo F)
- Tipo de acceso vascular,12 (50%) son FAV,6(25%) son CVCT,6(25%) son CVCLP (Anexo F)

TABLA 1

**NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN
PACIENTES DEL CENTRO DE DIALISIS SAN LEOPOLDO SAC
LIMA-PERU
2017**

	N	%
ALTA	9	37.5
SATISFACTORIA	15	62.5
MEDIANA	0	0
BAJA	0	0
NULA	0	0
TOTAL	24	100

En la tabla N°1 se observa que del 100% (33) de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis el 24.24% (8) presenta un nivel alto de adherencia al tratamiento, 75.76% (25) nivel satisfactorio de adherencia al tratamiento, y en nivel mediano, bajo, nulo 0(0%).

TABLA N°2

**NIVEL DE ADHERENCIA EN LA DIMENSION SOCIOECONOMICA EN EL
CENTRO DE DIALISIS SAN LEOPOLDO
LIMA –PERU
2017**

INDICADOR	N°	%
ALTA	7	29.2
SATISFACTORIA	17	70.8
MEDIANA	0	0.0
BAJA	0	0.0
NULA	0	0.0
TOTAL	24	100.0

En la tabla N°2 se observa que del 100% (24) de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, la dimensión socioeconómica el 29.2% (7) es de nivel alto, en 70.8% (17) es de nivel satisfactorio,

TABLA N°3

**NIVEL DE ADHERENCIA EN LA DIMENSION ASISTENCIA SANITARIA EN
EL CENTRO DE DIALISIS SAN LEOPOLDO
LIMA –PERU
2017**

	N	%
ALTA	5	21.7
SATISFACTORIA	18	78.3
MEDIANA	0	0.0
BAJA	0	0.0
NULA	0	0.0
TOTAL	23	100.0

En la tabla N°3 se observa que del 100% (23) de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, en la dimensión asistencia sanitaria 21.7% (5) es de nivel alto, en 78.3% (18) es de nivel satisfactoria,

TABLA N°4
NIVEL DE ADHERENCIA EN LA DIMENSION PROCESO DE
REHABILITACION FUNCIONAL EN EL CENTRO DE DIALISIS SAN
LEOPOLDO
LIMA –PERU
2017

	N°	%
ALTA	15	62.5
SATISFACTORIA	9	37.5
MEDIANA	0	0
BAJA	0	0
NULA	0	0
TOTAL	24	100

En la tabla N°4 se observa que del 100% (24) de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, en la dimensión proceso de rehabilitación funcional el 62.5% (15) es de nivel alta y en 37.5% (10) es de nivel satisfactoria.

TABLA N°5

**NIVEL DE ADHERENCIA EN LA DIMENSION ENFERMEDAD EN EL
CENTRO DE DIALISIS SAN LEOPOLDO
LIMA –PERU
2017**

	N°	%
ALTA	6	25
SATISFACTORIA	18	75
MEDIANA	0	0
BAJA	0	0
NULA	0	0
TOTAL	24	100

En la tabla N°5 se observa que del 100% (24) de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, en la dimensión enfermedad el 25% (6) es de nivel alta y el 75% (18) es de nivel satisfactoria.

TABLA N°6

**NIVEL DE ADHERENCIA EN LA DIMENSION SER PACIENTE EN EL
CENTRO DE DIALISIS SAN LEOPOLDO
LIMA –PERU
2017**

	N°	%
ALTA	1	4.2
SATISFACTORIA	23	95.8
MEDIANA	0	0.0
BAJA	0	0.0
NULA	0	0
TOTAL	24	100

En la tabla N°6 se observa que del 100% (24) de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, en la dimensión ser paciente el 4.2% (1) es de nivel alta y en 95.8% (23) es de nivel satisfactoria.

TABLA N°7

**RELACION ENTRE NIVEL DE ADHERENCIA Y ACCESO VASCULAR DEL
CENTRO DE DIALISIS SAN LEOPOLDO
LIMA –PERU
2017**

	ALTA		SATISFACTORIA	
	N	%	N	%
FAV	1	12.5	12	48.0
CVCT	2	25.0	10	40.0
CVCLP	5	62.5	3	12.0
TOTAL	8	100.0	25	100.0

En la tabla N°7 se observa que los pacientes que tienen un alto nivel de adherencia son en predominio los CVC con un 87.5% mientras que entre los pacientes de nivel satisfactorio el 48% son FAV

B.-DISCUSIÓN

En cuanto a los datos generales se obtuvo que existe un mayor porcentaje de pacientes de hemodiálisis del Centro De Diálisis San Leopoldo SAC que se encuentran entre las edades de 41-60, es decir, pertenecen al grupo etario de adultos, lo que coincide con M. Rodríguez en el estudio “Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con Hipertensión y Diabetes en servicios de baja complejidad, ”. *Se concluye que el grupo de edad con mas predominio es e de 35 años lo que se reflejado en la realidad a nivel mundial, ya que según la OMS la enfermedad renal crónica afecta principalmente a los adultos y esto se debe al incremento de la vulnerabilidad del individuo en sus factores de riesgo diabetes hipertensión desde el punto de vista socioeconómico y biológico, influyendo sobre su proceso degenerativo*

Con relación al sexo el predominio del sexo femenino encuentra en mayor riesgo de presentar Enfermedad crónica y entrar en tratamiento de la hemodiálisis, lo que coincide con V.loza en el estudio “ Nivel de información y adherencia terapéutica de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica hemodializados en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” el que concluye que existiendo mayor número de mujeres 53% cual se explica por las características de la persona femenina de mayor riesgo de sufrir infecciones urinarias así como Los cambios que ocurren en la mujer por el embarazo a nivel del sistema urinario ,así también el riesgo de sufrir hipertensión arterial

En relación a la adherencia al tratamiento de hemodiálisis se halla que el 62.5% es de nivel satisfactorio y el 37.5% es de nivel alto, observándose que en los pacientes con nivel satisfactorio son un 60%FAV y un 40% CVC(CVCLP,CVCT) lo que influye significativamente en el grado de adherencia puesto que un paciente con FAV que para su tratamiento es necesario dos venopunciones por sesión , el cuidado y el periodo de maduración de su acceso requiere tiempo y dedicación ,el que es diferente al de los pacientes con CVC a los que no se realiza venopunciones, no tienen un periodo de maduración

En este grupo se ve un mayor nivel de adherencia con un 66.7% CVC (CVCLP,CVCT) y solo un 33.3% son FAV rectificándose con lo ya mencionado es por tal motivo que la dimensión en donde existe menor diferencia entre nivel de adherencia es el de proceso de rehabilitación funcional (Tabla 4) dado la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los efectos colaterales son los puntos débiles para los pacientes de hemodiálisis resultados que son similares a V.loza en el estudio” Nivel de información y adherencia terapéutica de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica hemo dializados en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez” el que concluye que en su muestra la adherencia terapéutica es mala 56%(42),destacándose en el tratamiento hemodialítico por que el nivel de información sobre su terapia es bajo

En la relación de adherencia con la dimensión socioeconómica se halla que el 70.8% es satisfactorio y el 29.2% es alto , lo que indica existen diversos problemas en este nivel como son en las redes de apoyo social como la familia y amigos los recursos económicos , la situación familiar, las creencias que impiden una mejor adherencia al tratamiento encontrándose similares resultados en la investigación Herrera-Añazco, Percy” Baja Adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal en un hospital de referencia del Ministerio de Salud“ la que concluye Las principales causas de baja adherencia fueron: vivir en una residencia alejada del hospital (6/13); se siente bien y cree que no necesita diálisis (6/13); no cuenta con recursos económicos para el traslado (5/13); adolece de falta de compañía para el traslado (3/13)

Así como la relación de adherencia en la dimensión asistencia sanitaria el 78.3% es satisfactoria y el 21.7 % es alta, observándose que en esta dimensión el ítems con mayor predominio en mayor puntaje fue “los servicios de salud a los cuales tengo acceso facilitan mi tratamiento de hemodiálisis” los resultados fueron 95.8% siempre y el 4.17% casi siempre (ver Anexo) lo que da a entender que el sistema integral de salud asegura la cobertura para el tratamiento de hemodiálisis

En el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión proceso de rehabilitación funcional se halla que el 58.3% es alta y el 41.7% es

satisfactorio resultado que es diferente al hallado en *Montserrat Garcia Silvia*, “Comparación del nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedad renal (ER) el que concluye : Observamos que un 18.75% de los hombres afirman dejar de medicarse cuando esta les sienta mal, mientras las mujeres no lo hacen. También vemos que un 16,67% de los pacientes agudos y un 14,81% en hemodiálisis no se toman la medicación si les sienta mal, mientras los pacientes trasplantados no lo hacen

En el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión enfermedad se haya que el 75% es satisfactorio y el 25% es alta esto puede deberse a las diferencias entre los accesos vasculares y la edad de la muestra como se ve en el caso de FAV en la que

En el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión ser paciente se halla el 95.8% nivel satisfactorio y el 4.2% en un nivel alto para entender esta dimensión se tiene que comprender por ser paciente al identificarse como paciente renal que se encuentra en una terapia de sustitución renal que es la hemodiálisis y aquí influyen muchos factores que van a causar diferentes resultados en el nivel de adherencia así como el estado de ansiedad, depresión, esperanza así también edad del paciente en el estudio “Huertas-Vieco, María p, “Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica” la que concluye: Los pacientes no adherentes presentan índices de depresión significativamente más elevados que los adherentes al tratamiento farmacológico. La ansiedad, el deterioro cognitivo y el apoyo social no muestran relación estadísticamente significativa con el grado de cumplimiento, lo que significaría que en la muestra de pacientes existe un mínimo índice de depresión y ansiedad que se ve reflejado en los valores encontrados

CAPITULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A.CONCLUSIONES

- El nivel de adherencia al tratamiento de la hemodiálisis de los pacientes de Centro de Diálisis Particular es satisfactorio lo que indica que el paciente está cumpliendo con el tratamiento en las diferentes dimensiones
- Se Identifico que el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión de nivel socioeconómico es satisfactorio, es decir que la familia sociedad , y los propios medios de los pacientes son los adecuados para cumplir con el tratamiento de la hemodiálisis
- Se Identifico que el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión del sistema sanitario es satisfactorio, puesto que el Sistema Sanitario con el que cuentan los pacientes del centro de diálisis cumple con necesidades del tratamiento de hemodialisis
- Se Identificó que el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión rehabilitación funcional es alto
- Se Identifico que el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión enfermedad es satisfactoria puesto que a pesar de los efectos adversos del tratamiento los pacientes comprenden la importancia de este como un medio de vida
- Se identifico que el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión al ser paciente es satisfactoria por lo que el paciente del

centro de diálisis se acepta como paciente del tratamiento de hemodiálisis

B.-RECOMENDACIONES

- Establecer un plan de intervención para prevenir la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis del paciente que involucre al paciente, familia y comunidad con enfoque preventivo promocional considerando a la persona y familia como centro de atención.
- Ampliar la muestra a pacientes de clínicas del Sistema Integral De Salud, Essalud Fuerzas Armadas
- Uniformizar muestra en pacientes con igual acceso vascular
- Comparar la adherencia con el tiempo de enfermedad

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-ACOSTA,G.M:”enfermedad renal “ Revista para médicos galenus Septiembre , Lima, 2015.
- 2.-.OROZCO LC.”Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento de la enfermedad renal ” España, Mayo, 2011.
- 3.- LIBERTAD MA “Análisis discriminante de la adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus insulino dependiente” Mexico, Enero 2012.
- 4- OTERO A, GAYOSO P,”. Epidemiología de la enfermedad renal crónica en la población gallega: resultados del estudio piloto EPIRCE español” España, Julio ,2005.
- 5.- VILLALOBOS A ”Características psicométricas de la escala de adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus ” Costa rica, Enero, 2006.
- 6.- WINDUS DW,” Prostetich fistula survival and complications in hemodialysis patients: Effects of diabetes and age. Am J Kidney Dis” España,Diciembre, 1992.
- 7.- GOTCH FA, “mechanistic analysis of the National Cooperative Dialysis Study. Kidney Int “, EEUU,Junio ,1985.
- 8.- VERMEIRE E, HEARNshaw “adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review.” ,EE.UU, Mayo ,2001.
- 9.-NAVARRO Cristobal,Forumclinic.Barcelona ,España 2006(en línea)-disponible en <http://www.forumclinic.org/enfermedades/enfermedad renal/información>
10. PINILLA ALARVCON ,Maribel. Adherencia al tratamiento psicofarmacológico consideraciones desde el cuidado de enfermería. Investigación de enfermería; imagen y desarrollo Vol9, n|1 .p 37’49 2010
11. HAYNES RB introducción“ compliance in heath care“Sactet DI EditiorsBaltimores; Johns Hopikins University 2011
- 12.GONZALES VAREA J “baja adherencia al tratamiento antipsicótico; actuación de enfermería“ Barcelona Madrid Julio 2005
13. - OTERO A, GAYOSO P,”. Epidemiología de la enfermedad renal crónica en la población gallega: resultados del estudio piloto EPIRCE español” España, Julio ,2005.

14. OROZCO LC, - OTERO A, GAYOSO P, ". Epidemiología de la enfermedad renal crónica en la población gallega: resultados del estudio piloto EPIRCE español" España, Julio ,2005.
- 15.OSTERBERG L "Adherence to medication" Londres 2005
16. LIEFOOGHE r. m "The dynamics of tuberculosis treatment adherence" Jpack Med Assoc , Londres 2001
- 17.ORMEROD LP "Directly observed therapy (DOT) for enf renal; WHY,WHEN,HOW, AND IT , LA, 1999
- 18 GALVAN F " Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento de hemodialisis" Barcelona 2008
- 19VAN DER WERF "Patient compliance with enf renal treatment in ghana ; factors influencing adherence to therapy in a service programme ,España 2011
- 20 WARDMAN AG "Proliferation of non compliance with therapy hemodialysis" Chest 2011
- 21 LIEFOOGHE M " the dynamics of therapy hemodialysis adherence, Jpack Med Assoc 2001 51:3-9
- 22 POZSIK CJ "compliance with hemodialysis therapy" , Med Clin North Am 2000
- 23 KUSSEROW RP"regimenes de medicacion: causas de no complicaciones del departamento de inspeccion general" US 2000
- 24 PABLO A " NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HEMODIALISIS Y CONSECUENCIAS" New York, 2007
- 25 ARKOWITZ, H. (Toward an integrative perspective on resistance to Change. Psychotherapy in Practice, 2002).
26. Ortiz, M. y Ortiz, E. Psicología de la Salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Revista Médica de Chile, (2007).
27. Gottlieb, H. Medication non-adherence: finding solutions to a costly medical problem. Drug Benefit Trends, (2000).
28. Conthe, P. y Tejerina, F.. Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardiaca. Rev. Esp. De cardio, Vol. 7 , (2007)
29. Jacoby, AStigma, epilepsy, and quality of life. Epilepsy & Behavior, barcelona. (2002)
- 30 Eraker, S., Kirsch, J. y Becker, M Understanding and improving patient compliance. Ann Intern Med. 100(2), . (1984).

ANEXOS

ANEXO		PAG.
A	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	53
B	CONSENTIMIENTO INFORMADO	54
C	INSTRUMENTO	55
D	MATRIZ DE CONSISTENCIA	57
E	CUADRO SEGÚN ACCESO VASCULAR	59
F	CUADRO SEGÚN EDAD	60
G	CUADRO SEGÚN SEXO	61
H	CUADRO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN	62
I	CUADRO SEGÚN OCUPACION	63
J	RELACION ENTRE NIVEL DE ADHERENCIA Y ACCESO VASCULAR	64
K	CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO	65

A. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	VALOR FINAL
Nivel de Adherencia	Grado en que un paciente acepta y asume con responsabilidad las prescripciones hechas por los profesionales de salud	Nivel de cumplimiento en relación al tratamiento de hemodiálisis medida a través de las dimensiones dadas por la OMS presentes en el cuestionario	Socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • Redes sociales(familia, amigos) • Creencias • Situación familiar 	1-4	Nula (0-4%) Baja(5-25%) Mediana(26-50%) Satisfecha(51-94%) Alta(95-100%)
			Asistencia del sistema sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud • Educación sobre la enfermedad • Preocupación del personal por la asistencia a la terapia 	5-8	
			Relacionado con el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia al tratamiento • Permanencia en el tratamiento 	9-12	
			Relacionada con la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la situación actual • Aceptación de la progresión de la enfermedad 	13-16	
			Relacionada con el ser paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación • Necesidad • esperanza 	17-20	

B.-CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES*

**INVESTIGACIÓN: “NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA
HEMPDIALISIS EN EL CENTRO DE DIALISIS PARTICULAR LIMA 2016-
2017**

Ciudad _____ **y**

fecha: _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a Geraldine Morales Rosas, para la realización de la presente investigación:

1. Evaluación de la adherencia en pacientes en tratamiento de hemodiálisis
2. Evaluación de variables sociodemográficas y clínicas: edad, sexo, diagnóstico, tiempo de evolución.

Adicionalmente se me informó que:

Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento. No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar la adherencia de pacientes con condiciones clínicas similares a las mías.

y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma

paciente

ANEXO C: INSTRUMENTO

FACTO R	PREGUNTA	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
O SOCIOECONOMIC	Mi estado socioeconómico favorece mi permanencia en el tratamiento de hemodiálisis					
	Las redes de apoyo social (familia amigos) con las que cuento favorecen mi permanencia en la tratamiento de hemodiálisis					
	Independiente de las creencias que tengan otras personas sobre mi enfermedad y su tratamiento, sigo mi tratamiento de hemodiálisis					
	Sea cual sea mi situación familiar actual continuo asistiendo al tratamiento de hemodiálisis					
	Los servicios de salud a los cuales tengo acceso facilitan mi tratamiento de hemodiálisis					
DE EQUIPO ASISTENCIA SANTARIA	El conocimiento y preparación por parte de los profesionales que me asisten, contribuyen positivamente a mi tratamiento de hemodiálisis					
	Me han suministrado educación sobre mi condición de salud					
	El personal que me atiende se preocupa por mi permanencia en mi tratamiento de hemodiálisis					
DE EQUIPO CON EL PROCESO DE REHABILITACION SANTARIA	Recibo las sesiones de hemodiálisis necesarias desde los diferentes profesionales para cumplir satisfactoriamente mi tratamiento					
	Soy constante en mi asistencia al tratamiento de hemodiálisis así se tenga complicaciones después de mi tratamiento					
	A pesar que en ocasiones no se evidencien resultados inmediatos en mi condición funcional, sigo asistiendo a mi tratamiento de hemodiálisis					
	A pesar de los posibles efectos adversos (calambres, hipotensiones, cefaleas) de los tratamientos de hemodiálisis, continuo asistiendo a ellos					

REFLEXION ADOS CON EL PACIENTE CON LA DISCAPACIDAD	A pesar de mi grado actual de limitación física continuo asistiendo a las sesiones de tratamiento de hemodiálisis								
	Si se sospecha que mi enfermedad empeora ,hago todo que este a mi alcance para continuar asistiendo a las sesiones de hemodiálisis								
	Así se presentan trastornos de salud adicionales a los que padezco, sigo asistiendo a las sesiones de hemodiálisis								
EL PACIENTE CON LA DISCAPACIDAD	Me mantengo motivado en asistir a las sesiones de hemodiálisis								
	Reconozco la necesidad del tratamiento de hemodiálisis								
	Entiendo adecuadamente las instrucciones dadas respecto a mi tratamiento de hemodiálisis								
	Mantengo viva la esperanza y soy positivo frente a mi enfermedad								

D.-. MATRIZ DE CONSISTENCIA

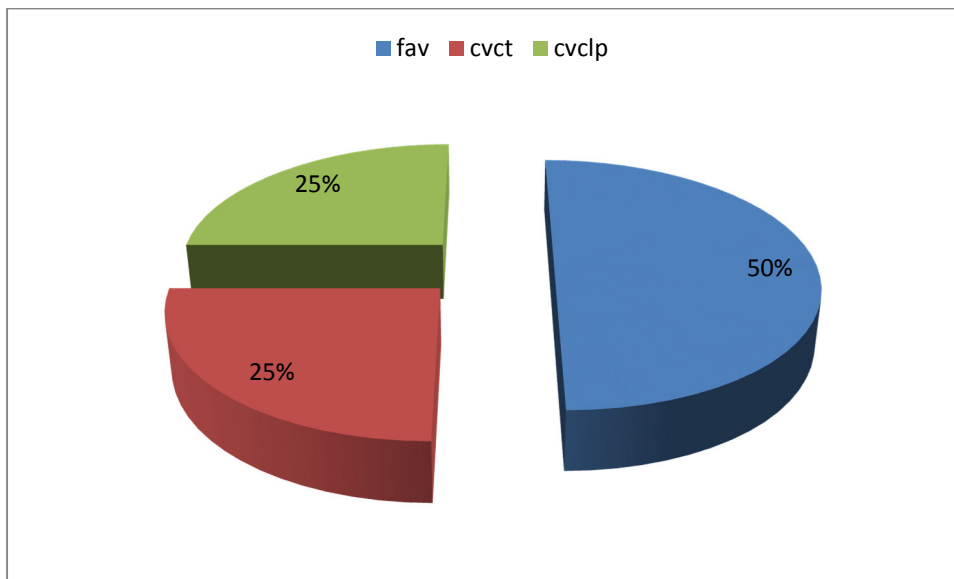
PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLE	DISEÑO METODOLÓGICO	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>NIIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN EL CENTRO DE DIALISIS SAN LEOPOLDO</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis del Centro de Diálisis San Leopoldo SAC.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión de nivel socioeconómico • Identificar nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión del sistema sanitario • Identificar el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión proceso de rehabilitación 	<p>Nivel de Adherencia</p>	<p>El presente estudio es descriptivo con enfoque cuantitativo de diseño no experimental y corte transversal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Socio económico • Sistema sanitario • Relacionado con la enfermedad • Relacionada con el proceso de rehabilitación 	<p>Nula (0%-4%)</p> <p>Buena (5%-25%)</p> <p>Mediana (26%-50%)</p> <p>Satisfactorio (51%-94%)</p> <p>Alta (95%-)</p>

SAC LIMA 2016-2017	funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión tratamiento • Identificar el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis en la dimensión al ser paciente 			funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionado con el ser paciente 	100%)
-----------------------	-----------	--	--	--	-----------	---	-------

ANEXO E

CUADRO SEGÚN ACCESO VASCULAR DE CENTRO DE DIALISIS PARTICULAR LIMA-PERU 2017

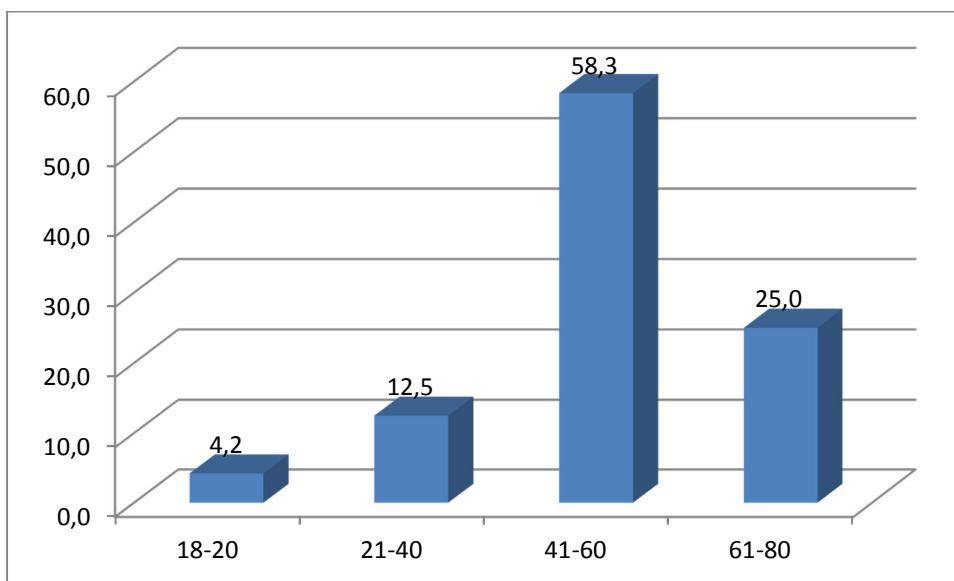
Acceso Vascular	N	%
fav	12	50
cvct	6	25
cvclp	6	25
TOTAL	24	100



ANEXO F

CUADRO SEGÚN EDAD DE CENTRO DE DIALISIS PARTICULAR
LIMA-PERU
2017

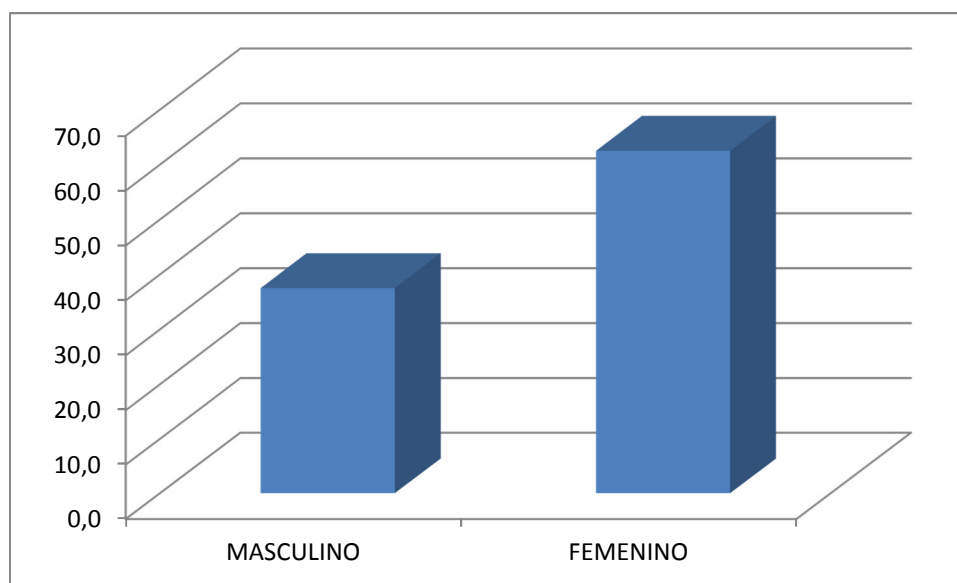
EDAD	N	%
18-20	1	4.2
21-40	3	12.5
41-60	14	58.3
61-80	6	25.0
TOTAL	24	100



ANEXO G

CUADRO SEGÚN SEXO DE CENTRO DE DIALISIS PARTICULAR LIMA-PERU 2017

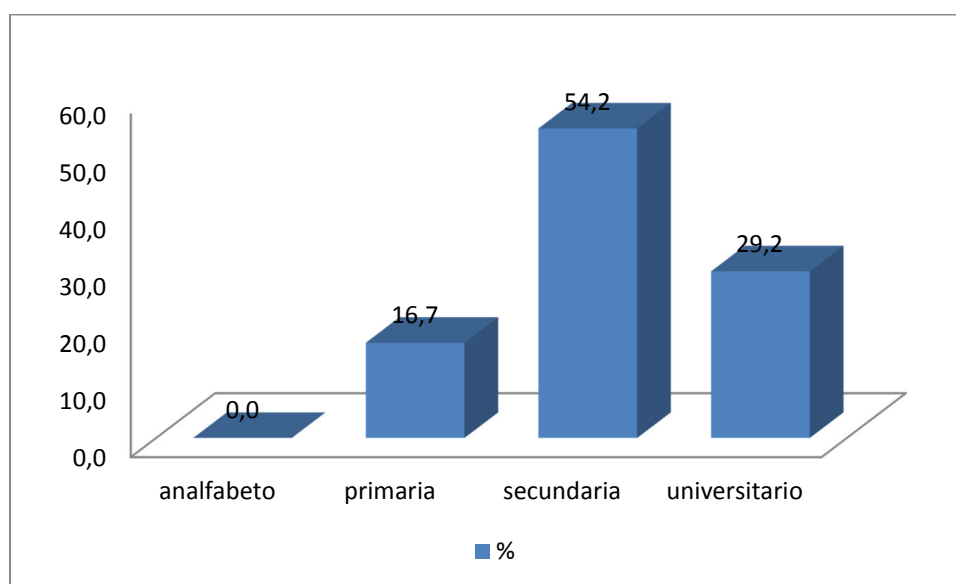
SEXO	N	%
MASCULINO	9	37.5
FEMENINO	15	62.5
TOTAL	24	100



ANEXO H

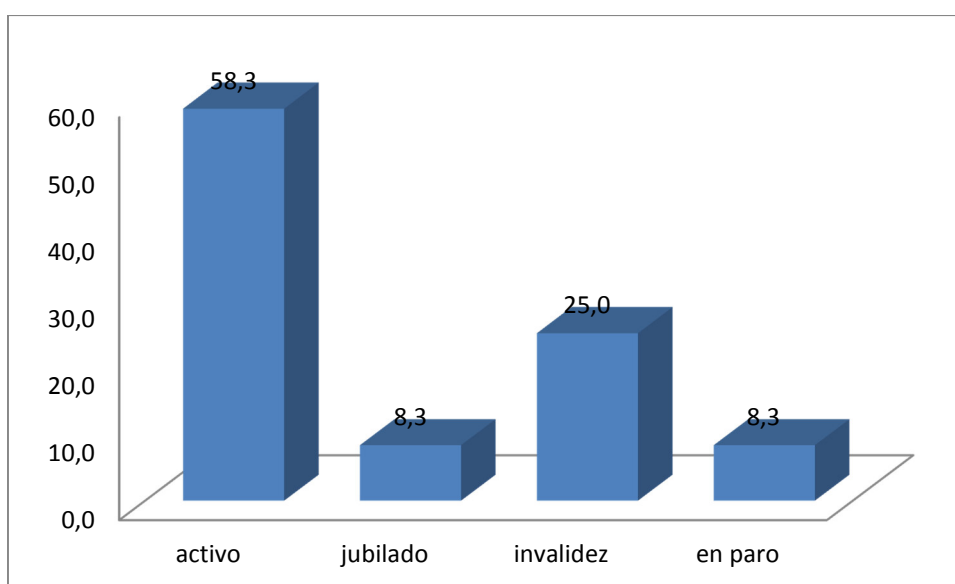
CUADRO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION DE CENTRO DE DIALISIS PARTICULAR LIMA-PERU 2017

	N	%
analfabeto	0	0.0
primaria	4	16.7
secundaria	13	54.2
universitario	7	29.2
TOTAL	24	100



ANEXO I
CUADRO SEGÚN OCUPACION DE CENTRO DE DIALISIS PARTICULAR
LIMA-PERU
2017

	N	%
Activo	14	58.3
Jubilado	2	8.3
Invalidez	6	25.0
En Paro	2	8.3
TOTAL	24	100



ANEXO J

RELACION ENTRE NIVEL DE ADHERENCIA Y ACCESO VASCULAR DEL CENTRO DE DIALISIS PARTICULAR LIMA-PERU 2017

	ALTA		SATISFACTORIA	
	N	%	N	%
FAV	3	33.3	9	60.0
CVCT	5	55.6	4	26.7
CVCLP	1	11.1	2	13.3
TOTAL	9	100.0	15	100.0

K.- CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

A	PERSONAL	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL
1	Especialistas en estadística	01	300.00	500.00
2	Digitador	01	500.00	300.00
3	Encuestadores	02	250.00	100.00
	Sub Total			900.00
	BIENES			
B	MATERIALES DE ESCRITORIO			
1	Papel bond	5 millares	40.00	200.00
2	Folder tamaño A4 de colores	10	5.00	50.00
4	USB	5	10.00	50.00
5	Lapiceros	20	1.00	20.00
6	Libreta de apuntes	10	5.00	50.00
	Sub Total			270.00
C	MATERIALES DE IMPRESIÓN			
1	Fotocopias	1000	0.10	100.00
2	Servicios de internet	1 MES	130.00	130.00
3	Impresiones por computadora	1000	1.00	500.00
4	Anillados	10	10.00	100.00
5	Empastados	10	50.00	200.00
	Sub Total			1030.00
D	MOVILIDAD LOCAL			
1	Movilidad Local	30 DÍAS	20.00	150.00
2	Refrigerio	30 DIAS	15.00	150.00
	Sub Total			300.00